QUESTIONÁRIO DO EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL

NOME COMPLETO: _____ CPF: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ CATEGORIA PRETENDIDA: _____

1) Você toma algum remédio ou faz algum tratamento de saúde?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual? _____

2) Você tem alguma deficiência física?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual? _____

3) Você já sofreu de tonturas, desmaios, convulsões, vertigens, insônia ou sonolência durante o dia?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual sintoma e quando? _____

4) Você já necessitou de tratamento psiquiátrico?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual motivo e quando? _____

5) Você tem diabetes, epilepsia, doença cardíaca, neurológica, pulmonar ou outras?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual doença? _____

6) Você já foi operado?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual motivo e quando?_____

7) Você faz uso de drogas ilícitas?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual? _____

8) Você já sofreu algum acidente de trânsito?

SIM ( ) NÃO ( ) Quando? _____

9) Você exerce atividade remunerada como condutor?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual atividade? _____

10) Você apresenta alguma deficiência visual ou auditiva?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual? _____ Faz uso de: ( ) Óculos ( ) Lentes de contato ( ) Prótese auditiva

11) Você apresenta alguma condição de saúde que possa comprometer sua capacidade para dirigir com segurança?

SIM ( ) NÃO ( ) Qual? _____

Obs.: Constitui crime previsto no art. 299, do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de um a três anos e multa.

_____, SC, _____ de _____ de 20 _____.

Local e data

_____

Assinatura do candidato sob pena de responsabilidade

Observações Médicas:

_____

Assinatura do Médico Perito ou Especialistas em Medicina de Tráfego responsável